



INFORMATIVA SUL TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2

Per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 il campione di elezione è prelevato dalle vie respiratorie. Questo può provenire dalle alte vie respiratorie (tampone nasale, tampone oro-faringeo, tampone naso-faringeo) e più raramente, ove disponibili, delle basse vie respiratorie

Tamponi oro-faringeo e nasale

Il prelievo del tampone oro-faringeo e nasale è una procedura che consiste nel prelevare le cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un *cotton fioc*.

Conservazione

I campioni devono essere inviati immediatamente al laboratorio o in alternativa possono essere conservati in frigo (+4°C) per un tempo < 48 ore.

Se il campione non può essere processato entro 48 ore va conservato a -80°C.

Diagnosi molecolare per COVID-19

Dal materiale biologico viene effettuata prima l'estrazione e la purificazione dell'RNA e poi la successiva ricerca dell'RNA virale, utilizzando una metodica molecolare rapida denominata Reverse Real-Time PCR (rRT-PCR).

La rRT-PCR, mediante il processo di retrotrascrizione, permette la sintesi di una molecola di DNA a doppio filamento (cDNA) a partire da uno stampo di RNA a cui segue l'amplificazione di regioni altamente conservate del genoma virale SARS-CoV-2.

I protocolli diagnostici sono quelli suggeriti dalla OMS

(<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>)

(Fonte: Rapporto ISS COVID-19 • n. 11/2020 "Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19")

Attendibilità dell'analisi del tampone oro-faringeo e nasale con tecnica molecolare eRT-PCR

Il tampone, di norma, manifesta una positività **entro 2-3 giorni dal momento dell'avvenuto contagio** (momento zero), quindi già nella fase di incubazione e prima della comparsa dei sintomi, e **permane positivo per tutta la durata dei sintomi** e anche oltre, per diversi giorni e - in alcuni casi - settimane.

Per sancire l'avvenuta guarigione è necessario che **due tamponi consecutivi risultino negativi** con esecuzione a distanza di 24 ore l'uno dall'altro, in un paziente oramai privo di sintomi e comunque non prima di 14 giorni dall'inizio della sintomatologia.

È bene ricordare che l'analisi molecolare su tampone viene eseguita con l'ausilio di KIT CE-IVD con una sensibilità e una specificità superiore al 95%.

Nonostante l'elevata specificità l'analisi non è infallibile e potrebbero verificarsi casi di falsi negativi (dovuti alla non idoneità del campione, ad una bassissima carica virale o a mutazioni spontanea nella sequenza target) ed è per questo consigliato che il test venga ripetuto una seconda volta, o talora anche più volte, in presenza di sintomatologia indicativa di COVID-19 e nonostante una prima negatività all'indagine.



MINORE ASSISTITO/ASSISTITA

Cognome e nome

nato/a il / / a (prov.)

residente in Via/Piazza

comune di(prov.)

con documento di riconoscimento: Carta d'identità Altro

n° rilasciato da: scadenza: / /

codice fiscale:

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il/la/i sottoscritto/a/i in qualità di legale/i rappresentante/i dell'assistito/a come sopra generalizzato

Dati: dei genitori del solo genitore presente del tutore

GENITORE 1/TUTORE LEGALE

Cognome e nome

nato/a il / / a (prov.)

residente in Via/Piazza

comune di(prov.)

con documento di riconoscimento: Carta d'identità Altro

n° rilasciato da: scadenza: / /

codice fiscale: n. di cellulare

GENITORE 2/TUTORE LEGALE

Cognome e nome

nato/a il / / a (prov.)

residente in Via/Piazza

comune di(prov.)

con documento di riconoscimento: Carta d'identità Altro

n° rilasciato da: scadenza: / /

codice fiscale: n. di cellulare

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole/li che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000)

DICHIARA/DICHIARANO

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- che il/la minore presenta la seguente sintomatologia: ASINTOMATICO PAUCI-SINTOMATICO LIEVE SEVERO CRITICO GUARITO

Se sintomatico data inizio sintomi:

- che il/la minore ha già eseguito altri TEST TAMPONI SARS-CoV 2 : NO SI N.;
- che la minore è in stato di gravidanza: NO SI data presumibile del parto:
- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 al quale sarà sottoposto il/la minore; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni richiesta e/o chiarimento;
- **di aver compreso che in caso di positività al Sars-CoV-2 il/la minore dovrà osservare l'ISOLAMENTO DOMICILIARE e sarà opportuno contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale;**
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);
- di aver compreso che in capo al laboratorio AMES insiste l'obbligo, ai fini dell'informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Campania Web APP tracciatura TEST TAMPONI, così come previsto dall'Unità di Crisi Regionale con nota protocollo n. UC/2020/0002748 del 07/10/2020.

ESPRIME/ESPRIMONO IL CONSENSO per sottoporre il/la minore al prelievo del Tampone oro-faringeo e nasale per effettuare il TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 (COVID-19)	SI	NO
ESPRIME/ESPRIMONO IL CONSENSO per l'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Campania (Progetto SINFONIA – vedi informativa in allegato ver.1 del 03/04/2020)	SI	NO
RICHIEDE/RICHIEDONO di ricevere la consegna del referto dalla casella di posta elettronica referti@centroames.it alla casella di posta elettronica ordinaria: E-MAIL:	SI	NO

Data/...../..... Ora:

.....
Firma leggibile genitore 1

.....
Firma leggibile genitore 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN CASO DI ASSENZA DI UN GENITORE

Il sottoscritto genitore presente, **consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false**, sotto la propria responsabilità, dichiara che l'altro genitore esercente la potestà genitoriale è informato e condivide pienamente le scelte sopra espresse per conto del minore ma non può firmare perché assente per impedimento (lontananza o altro).

In fede

.....
Firma leggibile

.....
Firma del personale sanitario
che ha raccolto il consenso